

※受付番号

記載例

登録喀痰吸引等事業者(登録特定行為事業者)登録申請書

〇〇年〇〇月〇〇日

愛知県知事殿

申請者 主たる事務所の所在地 愛知県名古屋市〇〇区〇〇三丁目〇番地 (個人の場合は住所) 〇〇〇〇ビル〇〇号

名称並びに代表者の職及び氏名 〇〇〇〇法人〇〇〇〇 理事長 愛知 太郎 (個人の場合は氏名)

社会福祉士及び介護福祉士法第48条の3第1項及び第2項に定める喀痰吸引等業務(登録特定行為事業者においては社会福祉士及び介護福祉士法附則第20条に定める特定行為業務)について事業者の登録を受けたいので、次のとおり申請します。

※事業所所在地市町村番号

Application form table with fields for applicant info, business address, contact info, and service details. Includes checkboxes for services like oral suction and nasogastric feeding.

登記のとおりご記載ください [スペースの有無に注意してください]

【ふりがな】 記号そのまま、数字、アルファベットはひらがなでご記載ください

事業所の指定通知書のとおりご記載ください ただし指定後に変更がある場合は変更後の情報をご記載ください

スペース記号の有無をご確認ください

事業開始予定は 受理月の 翌々月1日 となります

以下ご確認ください

- 備考 1 用紙の大きさは、日本工業規格A4としてください。
- 2 同一法人が複数の事業所の登録を申請する場合は、事業所ごとに申請書を作成してください。
- 3 ※印の欄は、記載しないでください。
- 4 「個人又は法人の種別」欄は、該当するものを○で囲み、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「一般社団法人」「公益社団法人」「一般財団法人」「公益財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記載してください。
- 5 「担当者名」及び「連絡先」欄は、この登録申請書及び一連の書類に記載された内容等について問い合わせをする際の担当者名及び連絡先を記載してください。
- 6 「介護保険サービス事業所番号」、「障害サービス事業所番号」及び「サービス種別」欄は、該当する欄に事業所指定番号及びサービス種別を記載してください。
- 7 「実施する行為」欄は、該当する欄に「○」を記載してください。
- 8 「事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記載してください。
- 9 次の書類を添付してください。
- (1) 申請者（設置者）が法人である場合には、法人の定款又は寄附行為及び登記事項証明書（直近3か月以内の原本）
 - (2) 申請者が個人である場合には、その者が住民票を有する場合は住民票の写し（直近3か月以内のもの）、有しない場合はその他の身分を証する書類の写し
 - (3) 様式1号＜介護福祉士・認定特定行為業務従事者名簿＞
 - (4) 様式2号＜社会福祉士及び介護福祉士法第48条の4各号に該当しない旨の誓約書＞
 - (5) 様式3号＜登録略痰行為等事業者（登録特定行為事業者）の登録基準要件に係る書類＞
 - (6) (3)の名簿掲載者に係る介護福祉士登録証の写し（介護福祉士が従事する場合）、認定特定行為業務従事者認定証の写し（認定特定行為業務従事者が従事する場合）又は看護師等の免許証の写し（看護師等が従事する場合）